

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923. — N° 26

SUR UN CAS
D'ECHINOCOCCOSE
PÉRITONÉALE SECONDAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 1^{er} Décembre 1922

PAR

Gaston-Joseph-Clément JEANSOTTE

Né à Toulon (Var), le 15 mai 1895

Examineurs de la Thèse	{	MM GUYOT, professeur.....	} <i>Président.</i>	
		W. DUBREUILH, professeur....		
		PACHON, professeur.....		} <i>Juges.</i>
		DELAUNAY, agrégé.....		

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18-20-22, Rue du Peugue, 18-20-22

1922

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1922-1923. — N° 26

SUR UN CAS
D'ECHINOCOCCOSE
PÉRITONÉALE SECONDAIRE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 1^{er} Décembre 1922

PAR

Gaston-Joseph-Clément JEANSOTTE

Né à Toulon (Var), le 15 mai 1895

Examineurs de la Thèse { MM GUYOT, professeur..... *Président.*
W. DUBREUILH, professeur....
PACHON, professeur..... } *Juges.*
DELAUNAY, agrégé..... }

BORDEAUX
IMPRIMERIE J. BIÈRE
18-20-22, Rue du Peugue, 18-20-22

1922



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, PITRES, GUILLAUD

PROFESSEURS

MM.			MM.
Clinique médicale	ARNOZAN.	Clinique chirurgicale in-	
	CASSAET.	fantile et orthopédie	DENUCE.
Clinique chirurgicale.	CHAVANNAZ.	Clinique gynécologique ...	BEGOUIN.
	VILLAR.	Clinique médicale des ma-	
Pathologie et thérapeuti-		ladies des enfants.....	MOUSSOUS
que générales.....	CRUCHET.	Chimie biologique et mé-	
Clinique d'accouchements.	RIVIERE.	dicale.....	DENIGES.
Anatomie pathologique et		Physique pharmaceutique.	SIGALAS.
microscopie clinique....	SABRAZES.	Médecine coloniale et cli-	
Anatomie	PICQUE.	que des maladies exoti-	
Anatomie générale et his-		ques.....	LE DANTEC
tologie	G. DUBREUIL.	Clinique des maladies cuta-	
Physiologie	PACHON.	nées et syphilitiques....	W. DUBREUILH
Hygiène.....	AUCHE.	Clinique des maladies des	
Médecine légale et déon-	VERGER.	voies urinaires.....	POUSSON.
tologie		Clinique des maladies ner-	
Physique biologique et cli-	BERGONIE.	veuses et mentales.....	ABADIE.
nique d'électricité médicale	CHELLE.	Clinique d'Oto-rhino-laryn-	
Chimie		gologie	MOURE.
Botanique et matière mé-	BEILLE.	Toxicologie et hygiène ap-	
dicale	DUPOUY.	pliquée.....	BARTHE.
Pharmacie	MANDOUL.	Hydrologie thérapeutique	
Zoologie et parasitologie..	FERRE.	et climatologie.....	SELLIER.
Médecine expérimentale..	LAGRANGE.		
Clinique ophtalmologique.			

MM. PRINCETEAU (Anatomie). — GUYOT (Pathologie externe). — LABAT (Pharmacie).

CARLES (Thérapeutique et pharmacologie). — PETGES (Vénérologie)

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			MM.
Anatomie et embryologie.	N.		LEURET.
Histologie.....	LACOSTE, chargé.	Médecine générale.....	DUPERIE.
Physiologie	DELAUNAY.		CREYX.
Anatomie pathologique....	MURATET.	Maladies mentales.....	MICHELEAU
Parasitologie et Sciences)	R. SIGALAS, chargé.	Médecine légale.....	PERRENS.
naturelles.....	N...		LANDE.
Physique biologique et		Chirurgie générale.....	ROCHER.
médicale	RECHOU.		DUVERGER
Chimie biologique et médi-		Obstétrique	PAPIN.
cale	N...		PERY.
Médecine générale	MAURIAC.	Ophthalmologie	FAUGERE.
		Pharmacie	TEULIERES
			N.

COURS COMPLÉMENTAIRES :

Cours de clinique dentaire		MM.
— complémentaire de médecine opératoire.....		CAVALIÉ
— — d'accouchements		VENOT
— — d'ophtalmologie		FAUGERE.
— — de puériculture.....		CABANNES.
— — de démonstrations et de préparations phar-		ANDÉRODIAS.
— — maceutiques.....		
— — de chimie		LAEAT.
— — de vénéréologie.....		RANGIER.
— — de pathologie interne.....		PETGES.
— — d'orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés		CREYX.
du travail, les mutilés de guerre et les infirmes		
annexe de prothèse et rééducation professionnelle.....		ROCHER.
		GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que es opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Voici la fin de mes études médicales. C'est le but que vous assigniez à tous vos efforts pour moi. Aussi, veuillez accepter l'hommage de cette thèse. C'est une bien faible expression de ma reconnaissance.

A MON FRÈRE

MÉDECIN AIDE-MAJOR DE PREMIÈRE CLASSE
DES TROUPES COLONIALES.
CROIX DE GUERRE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR GUYOT

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHARGÉ D'UN COURS DE PATHOLOGIE EXTERNE
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Cher Maître,

Votre accueil bienveillant, vos conseils éclairés m'ont grandement aidé dans ma tâche. Qu'il me soit permis de vous remercier de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ma thèse.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE BORDEAUX.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BELLOT.

MÉDECIN GÉNÉRAL DE 1^{re} CLASSE DE LA MARINE
DIRECTEUR DE L'ÉCOLE PRINCIPALE
DU SERVICE DE SANTÉ DE LA MARINE
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

Respectueux hommage.

INTRODUCTION

A la fin de nos études médicales, nous nous adressâmes à monsieur le Professeur Guyot, afin qu'il voulut bien nous guider dans le choix d'un sujet de thèse. Nous avons trouvé auprès de lui l'accueil cordial qu'il réserve toujours aux étudiants il nous parla d'un malade atteint d'échinococcose péritonéale secondaire qu'il soignait alors dans une clinique de Bordeaux, et après nous avoir donné des renseignements à son sujet, il nous envoya prendre son observation.

Observation I

Il s'agissait d'un étranger, M.-J. I..., âgé de 46 ans, ajusteur mécanicien, marié, père de 3 enfants, domicilié actuellement à Bordeaux. Né en 1876, à la Floride, en Uruguay, il y vécut jusqu'à l'âge de 13 ans. Il ne se souvient d'avoir eu dans cette première partie de sa vie qu'une seule maladie, la rougeole. Nous devons remarquer au point de vue étiologique, que son père, charron dans un petit village, possédait aussi quelques animaux. Le chien chargé de leur garde, se rendait souvent à un emplacement dans la prairie, servant d'abattoir, sans aucune clôture. Là, les bêtes étaient tuées et dépecées sur place, et ce qui ne pouvait être utilisé abandonné aux chiens.

A 13 ans, notre malade vient en Espagne avec ses parents. A 16 ans, il tombe malade. Il ne peut donner de renseignements précis sur sa maladie, la fièvre typhoïde croit-il. Mais déjà à cette époque, il avait remarqué depuis plusieurs mois, que son ventre grossissait lentement et uniformément. Il alla voir plusieurs médecins, et fut obligé finalement en 1901 de rentrer à l'hôpital.

Le Dr Carrasco, ex-directeur de l'hospice civil de Bilbao, a eu l'obligeance de nous communiquer l'observation prise à son entrée :

« Le malade entre salle Saint-Cosme, lit n° 23, le 20 mars 1901. Dix ans auparavant, son ventre avait commencé à enfler, mais sans gêne, ni douleur, jusqu'en 1900, où il devint si énorme que tout mouvement fut difficile et fatigant, et tout travail physique impossible. Lorsqu'il vint à ma consultation son ventre débordait de toute part; sa maigreur était extrême, ses côtes saillantes; les côtes inférieures étaient projetées en avant par la tumeur abdominale. Les veines sous-cutanées abdominales dilatées et sinueuses, le scrotum et les extrémités inférieures considérablement cedématisées, indiquaient un grand trouble de la circulation profonde abdominale. Le visage maigre, aux traits

tirés, aux pommettes saillantes, présentait l'apparence du faciès ovarien, qui devrait plutôt, à mon avis, s'appeler faciès de kyste abdominal, car on le rencontre aussi bien chez l'homme que chez la femme, lorsqu'ils ont un kyste abdominal volumineux, quelque soit l'organe atteint. Le malade respirait difficilement, présentait presque de l'orthopnée. Le pouls était faible, précipité, fiévreux. L'abdomen était uniformément mat, sans aucun tympanisme. On ressentait nettement une sorte de vibration tremblée qui se propageait dans tout l'abdomen comme une onde.

Avant que le malade n'entrât à l'hôpital, il avait été examiné par plusieurs médecins, L'un d'eux, quelques jours avant son entrée, croyant sans doute qu'il s'agissait d'une ascite, pratiqua une ponction avec un trocart de paracentèse. Aucun liquide n'apparut, et le médecin conseilla l'entrée à l'hôpital et une opération.

Afin de diminuer la tension du ventre, et de rétablir quelque peu avant l'opération l'équilibre circulatoire, je fis moi aussi, avec l'aspirateur de Dieulafoy, une ponction, qui ne servit à rien non plus, si ce n'est à retirer sur la pointe de la canule un fragment de membrane hydatique et à confirmer ainsi mon diagnostic.

Une fois l'opération proposée et acceptée, je me préparais à la pratiquer le 9 avril 1901, avec l'intention de faire un nettoyage soigné de la paroi abdominale, sous anesthésie chloroformique. Sur la ligne médiane se trouvait une grosse veine sous-cutanée, aussi l'incision fut-elle pratiquée un peu sur la gauche, de l'appendice xiphoïde à 4 centimètres du sternum. J'essayais de détacher le péritoine pariétal de la paroi kystique. Mais la tension était si forte, l'adhérence si grande, que je m'arrêtais de peur d'une rupture. Je fis une ponction avec un gros trocart. De l'instrument, et entre lui et l'orifice, sortirent du pus et des fragments d'hydatide. Non sans difficulté je saisis la paroi kystique avec des pincés de Nélaton; je retirais le trocart, et j'agrandis l'ouverture avec des ciseaux. Alors par cette incision, et comme si elles luttaient entre elles pour sortir toutes à la fois, se pressent des hydatides, les unes transparentes, les autres opaques, du volume d'une orange à celui d'un pois chiche, en nombre si considérable qu'elles remplissent bientôt un seau. Quand la pression des parois abdominales ne suffit plus à provoquer leur sortie, j'agrandis l'ouverture et les enlevais à la main. La cavité kystique est si grande que tout l'avant-bras y pénètre.

Une fois la poche vidée, j'essayais de l'enlever. Mais en présence des adhérences, surtout du côté du bassin, je dus m'arrêter. Je réunis alors les lèvres de l'ouverture du kyste, à celles de l'incision abdominale, et nettoyai, et asséchai la cavité. Des drains auraient été insuffisants; je plaçais 5 grandes bandes au chlorure de zinc à 1 %. Je fis sur la partie haute de l'incision 3 points de suture au crin de Florence comprenant tous les plans, et appliquais un pansement. En comptant les vésicules, qui avec le liquide remplissaient plus de deux seaux, on en trouva plus de 2.000, sans compter celles qui s'étaient répandues sur le sol, et que l'on peut évaluer à un millier d'autres.

Le lendemain, 10 avril, après une bonne nuit, le malade n'a ni fièvre, ni douleurs, ni vomissements; seulement un peu de hoquet.

Le 15, on change le pansement; on enlève les 5 compresses, et on en replace 2 autres après un lavage à l'eau boriquée.

Le 20, ces 2 compresses sont enlevées. Plusieurs hydatides, puis la paroi kystique suivent. On place 2 gros drains. Tous les jours, pendant les mois de mai et de juin, furent pratiqués des lavages à l'eau boriquée tiède. Vers la mi-juin, voulant voir de combien la cavité s'était réduite, j'y introduisis une sonde d'étain désinfectée. Des vomissements survinrent. Le malade ressentit une douleur, prononcée surtout à droite; son visage se décomposa; il eut un frisson suivi d'une fièvre qui atteignit 39° 5. Au bout de quelques jours, la maladie suivit un cours satisfaisant, et le malade sortit sur sa demande le 13 juillet, en parfaite santé, porteur seulement d'une petite fistule. Quand je le revis 10 mois après elle s'était fermée. A la partie supérieure de la cicatrice il semblait se former une petite hernie ».

Après cette opération, le malade reprit ses occupations habituelles. En 1906 il se rendit en France. Il travailla et se porta très bien jusqu'en novembre 1921. A cette époque, voulant un jour lever une pièce d'acier avec plusieurs autres ouvriers, il fit un grand effort. Il ressentit une vive douleur abdominale, s'arrêta de travailler, et dut rester 8 jours chez lui. Il n'éprouva aucun autre symptôme que la douleur. Celle-ci ayant disparu au bout d'une semaine, il reprit son travail. Mais depuis lors il remarqua que son ventre grossissait. Bientôt sous la cicatrice de son ancienne opération, il put sentir 2 boules dures, qu'il pouvait saisir entre ses doigts, l'une grosse comme un œuf de poule l'autre comme une noix. En même temps il remarqua que l'accroisse-

ment de volume de son ventre était surtout accusé à gauche. Bientôt il fut oppressé. Se souvenant de son état 20 ans auparavant, il se rendit en juin auprès de Monsieur le Professeur Guyot. Son état général laisse alors à désirer. Il souffre de l'estomac, s'alimente mal, et son amaigrissement notable contraste avec le volume considérable de son abdomen.

A l'inspection le ventre globuleux forme une saillie irrégulière avec de multiples bosselures. 5 à 6 d'entre elles, dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'une mandarine, sont situées sur la cicatrice de l'opération antérieure. Elles sont lisses, indépendantes les unes des autres et situées dans la paroi.

Par contre la palpation profonde montre l'existence dans tout le ventre de tumeurs multiples, les unes bombant sous le rebord du foie, les autres dans la région épigastrique. Une des plus volumineuses, paraît siéger dans l'hypocondre gauche. Dans la région sous-ombilicale on retrouve d'autres masses peu douloureuses à la pression et toutes régulièrement arrondies et lisses. Pas d'ascite, pas de signes de compression du côté des membres inférieurs. Le diagnostic d'échinococcose péritonéale est porté et l'intervention acceptée.

Celle-ci a lieu le 22 juin 1922 sous anesthésie à l'ombredane. Longue incision médiane xipho-pubienne : dès l'ouverture du ventre on tombe sur une multitude de kystes hydatiques, les uns sous-hépatiques, les autres développés dans le mésocolon transverse ou le mésocolon gauche; d'autres enfin occupant la région pelvienne. On procède avec méthode; et, après ponction et injection de solution formolée, les kystes sont ouverts, vidés de leurs nombreuses vésicules filles, et chaque poche est refermée sans drainage. Les vésicules filles remplissent deux cuvettes. L'opération fut longue et difficile. Les suites furent normales. La réunion se fit par première intention. L'état général du malade s'améliora rapidement; au bout d'un mois il quittait la clinique, et a repris depuis son travail. Revu au mois de novembre il était en excellente santé; la paroi abdominale était souple, le ventre non douloureux.

Cette observation qui suit le malade pendant plus de 20 ans nous ramène à l'époque des longues discussions qui ont achevé d'éclairer la pathogénie de l'échinococcose secondaire, et qui ont par suite modifié profondément son traitement.

HISTORIQUE

Dès 1793, Hunter (1) émit l'hypothèse de la possibilité de l'échinococcose secondaire. Elle ne fut pas admise, et en 1852 et 1857 Charcot (2) et Davaine (3) la combattirent en se basant sur la situation sous-péritonéale des kystes, et sur la théorie classique alors, d'après laquelle toute rupture d'un kyste était suivie forcément d'une péritonite mortelle. En 1861, Bright (4) reprit les idées de Hunter, et en 1869, Fuisen (5) prouva que la péritonite causée par la rupture d'un kyste n'était pas obligatoirement fatale. En 1877, Potain en France, Volkmann au IV^e Congrès de Chirurgie allemande, apportent des observations en faveur de la greffe hydatique. A partir de 1880 les faits cliniques abondent : ce sont ceux de Rendu (6), Havage (7) en 1879, Feréol (8), Pean et Masseron (9) en 1882, Koenig (10), Krause (11) en 1886, etc.

En 1889, Lebedeff et Andreef (12) prouvent expérimentalement la greffe des hydatides filles chez le lapin, et en 1898 Alexinský (13) celle du sable échinococcique.

Cependant, en 1900, se basant sur le cycle évolutif du *taenia échinocoque*, Potherat (14) et Fervai (15) rejettent encore l'hypothèse de la greffe qui serait « un phénomène antiphysiologique et une métamorphose régressive ».

Dévé (16), en 1900-1901, par des expériences décisives et des observations cliniques irréfutables apporte dans sa thèse les preuves de l'évolution vésiculaire du scolex, éclairant définitivement la pathogénie de l'échinococcose secondaire.

Pathogénie et Anatomie pathologique

L'échinococcose a 2 cycles évolutifs.

1^o Le tœnia échinocoque, vivant dans l'intestin du chien pond des œufs, rejetés avec les excréments de l'animal, et qui absorbés par l'homme ou les animaux se transforment, par dissolution de leur coque dans l'intestin, en embryons hexacauthes. Ceux-ci perforent la paroi intestinale, et entraînés par le torrent circulatoire vont s'enkyster dans différents organes et former le ver vésiculaire ou hydatide. L'homme peut s'infecter directement par des légumes ou des boissons souillées, ou par l'ingestion de viandes contenant des kystes hydatiques, avec leurs vésicules filles, leurs vésicules proligères et leurs scolex. Dans ces 2 cas, il y a toujours passage par deux hôtes successifs.

2^o A côté de ce cycle classique, existe un deuxième cycle : la transformation directe chez le porteur de kyste, après leur mise en liberté, des éléments contenus dans le kyste, soit des éléments macroscopiques, les hydatides filles, soit des éléments microscopiques, les scolex. On voit ceux-ci englobés dans une exsudation fibrineuse, en proie à l'attaque des phagocytes, augmenter de volume s'ils gagnent le combat. Un liquide apparaît à leur intérieur ; leur protoplasma, rejeté à la périphérie, est étalé sur la face interne de la cuticule, formant une couche plasmodiale qui fournira plus tard la membrane germinative (17). Cette évolution vésiculaire du scolex explique à elle seule toute la pathogénie de l'échinococcose secondaire. Ce sont aux scolex que dans les ponctions

ou les ruptures des kystes univésiculaires sont dues les récidives, car les scolex sont résistants par la cuticule qui les entoure. De plus, Sabrazès, Muratet et Husnot (18) ont depuis longtemps signalé leur grande motilité à la température du corps humain et leur vitalité : ils contiennent du glycogène. Ils sont enfin microscopiques, 135 μ en moyenne, et l'on en trouve jusqu'à 400.000 par centimètre cube.

Les hydatides filles, au contraire, sont des éléments macroscopiques, qui peuvent, il est vrai échapper à un nettoyage si elles sont petites. Nous en avons un exemple chez notre malade : en même temps que l'on retirait des compresses pendant un pansement postopératoire, des hydatides sortirent. De plus les formes multivésiculaires des kystes sont des formes inconstantes, qui n'ont pas tendance à se rompre spontanément, car leur tension intrakystique n'est pas grande, leur capsule adventice est épaisse, souvent elles sont entourées d'adhérences, et fréquemment aussi leur contenu complexe est infecté (19).

Après ce bref exposé sur la pathogénie de l'échinococcose secondaire nous devons examiner les conditions de la dissémination hydatique, et en particulier chez notre malade. Il est admis aujourd'hui que les kystes multiples de l'abdomen sont secondaires, et que leur origine est due, soit à une rupture traumatique ou spontanée, latente ou apparente, d'un kyste primitif siégeant presque toujours dans le foie, quelquefois dans la rate, très rarement dans le rein ou le mésentère. Nous examinerons d'abord la dissémination à la suite de ponction, la dissémination opératoire, la dissémination par rupture spontanée ou traumatique.

Différents modes de dissémination echinococcique dans le péritoine

I. — DISSÉMINATION PAR PONCTION.

Dévé, dans sa thèse fondamentale, cite 9 cas indubitables d'ensemencement hydatique par ponction. Et bien d'autres

faits ont été rapportés depuis. Mais ces cas deviennent rares depuis l'abandon de la ponction exploratrice, et l'adoption du formolage dans la ponction curatrice. Parlavecchio (20) cite le cas suivant de Ziller : « on ponctionne un kyste hydatique du foie chez une femme. Plusieurs kystes ne tardent pas à apparaître dans l'abdomen. Un d'eux s'ouvrit dans l'intestin. On retrouva des fragments de membranes et des hydatides dans les selles ». Nous pouvons rapprocher de ce cas l'observation suivante.

Observation II, (de Kablukoff).

Une cultivatrice âgée de 45 ans, souffrait de douleurs abdominales depuis 10 ans, et avait remarqué depuis 4 ans une tumeur abdominale. Celle-ci ayant atteint le volume d'une tête d'enfant, fut ponctionnée avec une aiguille fine. Des vomissements, des douleurs apparurent alors, et la malade fut obligée de rester 14 jours au lit. Bientôt la tumeur augmenta de nouveau, puis d'autres devinrent visibles dans le bas-ventre. La fièvre se déclara. On opéra la malade. On trouva un kyste contenant 3 ou 4 verres de liquide purulent et en contact par sa partie supérieure avec un autre kyste rempli de liquide clair. Un 3^e kyste siégeait dans le bassin.

Chez notre malade, nous savons que quelques jours avant son entrée à l'hôpital de Bilbao, un médecin avait fait une ponction exploratrice. D'autre part, pendant l'opération, on pratiqua une ponction : « Du trocart, et entre lui et l'orifice de ponction, sortirent du pus et des fragments d'hydatides ». La première ponction avait peut-être commencé la dissémination hydatique. Elle avait en tout cas amené l'infection du kyste ; la fièvre s'était déclarée. Mais la deuxième ponction au cours de l'opération a pu très bien parachever l'œuvre commencée par la première. Ceci nous amène à examiner l'ensemencement échinococcique opératoire.

II. — DISSÉMINATION PAR RUPTURE OPÉRATOIRE

Après cette ponction, non suivie d'injection tœnicide, nous pouvons remarquer que l'incision du kyste amena une issue tumultueuse de nombreuses hydatides. Ce n'est aussi qu'après que la cavité kystique fut vidée, que les lèvres de son ouverture furent suturées à celles de l'incision abdominale ; il serait étonnant que du liquide hydatique ne se soit pas répandu sur la paroi kystique ; peut-être même de petites hydatides, comme celles qui échappèrent au nettoyage de la cavité et qui ne sortirent qu'aux pensements suivants. S'il est difficile d'enlever toutes les hydatides de la cavité kystique, il n'est pas possible de pouvoir l'assécher et d'enlever tous les scolex ; même en se risquant à pratiquer un curetage, comme le déclare Duvé, (21) en rapportant un fait clinique. Dans sa thèse inaugurale il cite 11 cas d'échinococcose secondaire post-opératoire. L'observation suivante en est un autre cas :

Observation III

(de Ch. Flandin).

Mme B..., âgée de 49 ans, entre le 1^{er} avril 1919 dans le service du professeur Chauffard à l'hôpital Saint-Antoine pour douleurs dans le flanc droit et tumeurs abdominales. On trouve en effet 3 tumeurs régulièrement arrondies, lisses, mobiles, l'une grosse comme une noix, les 2 autres comme une cerise, siégeant sur une cicatrice allant du sternum au pubis. A la palpation de l'abdomen on sent une distension dure et diffuse, comme celle d'un cœcum rempli de matières solides, plus accentuée à droite, plongeant dans le bassin qu'elle remplit complètement. Au toucher vaginal, l'utérus semble noyé dans une masse dure, compacte. Malgré l'absence de symptômes utérins et l'état général excellent, on a l'impression de se trouver devant une large infiltration cancéreuse. Le foie est peu agrandi. Le diagnostic aurait été

très difficile sans les petites tumeurs de la cicatrice abdominale et les antécédents de la malade. Elle a subi en effet 3 opérations. Sur la première, subie à l'âge de 25 ans, et intéressant les organes pelviens, les détails manquent. Cependant elle se souvient d'un fort urticaire, généralisé, symptôme fréquent après l'ouverture d'un kyste. A l'âge de 39 ans, la malade eut une crise d'ictère par rétention, avec douleurs dans la région du foie, qui au bout de 6 mois s'accompagnèrent de syncopes et de vomissements bilieux. Au cours d'une crise en 1913, le Dr Le Noir découvrit une tumeur régulière et ronde, indolore, médiane, dans la région sous-ombilicale. Le Pr Lejars pratiqua une opération qui réussit si bien que la malade put partir de l'hôpital au bout d'une semaine. Bientôt reparut à l'ombilic une tumeur accompagnée de nouveau de syncopes et de douleurs. Le Professeur pratiquait une deuxième opération le 24 février 1915. Le registre d'opération porte : kyste hydatique du foie, incision et ablation, réunion. Les résultats furent excellents. Mais en 1917 apparurent sur la cicatrice les 3 petites tumeurs. Puis vinrent des irradiations douloureuses à droite dans le domaine du sciatique et du crural. Le malade rentre à l'hôpital. On posa le diagnostic de kystes multiples récidivants du bassin et de l'abdomen. La réaction de complément fut positive, et la formule sanguine donna :

Neutrophiles polynucléaires		40 %
Eosinophiles		30 %
Mononucléaires		17 %
Lymphocytes		13 %

On pensa que le point de départ de ces kystes pouvait être un kyste du foie rompu. Malgré que les examens cliniques et radiologiques soient négatifs, les violentes douleurs dans cette région pouvaient faire penser à des réactions inflammatoires et à des adhérences périkystiques. Le chirurgien profita de la laparotomie pour examiner le foie. Le péritoine fut nettoyé et débarrassé de tous ses petits kystes sessiles qui furent ponctionnés et formolisés, ainsi que le bassin rempli de kystes de la grosseur d'une noix. Le foie fut examiné en dernier lieu, et le kyste primitif découvert. Il était peut-être encore actif, en tout cas très vieux.

Dans cette observation, en plus de récidives évidentes, on doit remarquer que la première opération, fut suivie d'un urticaire, symptôme de l'issue de liquide hydatique. L'observation suivante offre un exemple très net de dissémination opératoire :

Observation IV

(de Vincent).

A l'âge de 26 ans, 8 ans avant son entrée à l'hôpital, la malade s'aperçut d'une grosseur anormale un peu au-dessous des fausses côtes et dans le creux épigastrique, empiétant sur le flanc gauche. Elle présente une voussure très nette de la région hépatique, accompagnée d'amaigrissement et de dépression physique. Elle a subi une première opération le 19 mars 1899 : marsupialisation d'un kyste formant 3 bosselures, au niveau du foie, de l'épigastre, du flanc gauche, contenant 3 litres de liquide clair et de nombreuses hydatides filles.

Les suites opératoires furent graves : écoulement purulent et biliaire. Une broncho-pneumonie se déclara. Au bout d'un an, des kystes se reforment au niveau de la cicatrice et à la base du foie. 2^e opération le 27 juin 1901 : extirpation totale des kystes appendus à la face inférieure du foie et dans la région épigastrique.

« La récidive ne pouvait être la suite d'une rupture du grand kyste car à aucun moment nous n'avions eu de péritonite localisée. Quoi qu'il en soit j'enlevais à ciel ouvert contenant et contenu de plusieurs kystes indépendants de la grosseur d'une mandarine. Le tout remplit un litre. Malheureusement plusieurs de ces kystes se rompirent, et il s'échappa une quantité de scolex ressemblant à des grains de groseille blanche. Je crus bien les avoir toutes ramassées; mais pour qui sait avec quelle facilité un tampon se perd dans le ventre, il est impossible d'affirmer qu'un grain de groseille n'a pu lui échapper ».

Guérison apparente pendant 18 mois; puis une petite boule apparut au creux épigastrique et une tumeur dans la fosse iliaque gauche. 3^e opé-

ration le 1^{er} février 1904 : extirpation des kystes, logés entre les anses intestinales, formant une masse de 300 grammes environ.

Les scolex dans ce cas ne furent pas détruits par l'inflammation et l'ouverture du kyste primitif. Chez notre malade, le trocart donna issue à du pus, et certaines hydatides étaient opaques; la fièvre s'était déclarée. Et nous observons aussi une récidive. Quand après la rupture d'un kyste suppuré une péritonite se déclare et que l'on opère, on peut observer encore une dissémination et un développement ultérieur de kystes. L'observation suivante nous le prouve :

Observation V

(de Weber).

E. Adrianowa, âgée de 43 ans, entre à l'hôpital Marie-Madeleine à Pétrograd le 29 octobre 1908. Elle ressentit en 1905 des douleurs dans les hypocondres qui bientôt se généralisèrent à l'abdomen. Le 10 mars 1906 survint une forte crise douloureuse avec vomissements. Le ventre devint dur. Admise à l'hôpital de Tiflis elle fut opérée le 14 pour péritonite. La cavité abdominale était remplie d'un pus très liquide; l'intestin grêle semblait lavé. On ne découvrit aucune tumeur ou kyste. On assécha et referma. L'état de la malade fut mauvais et la plaie suppura beaucoup. Moins d'un an après, sur la cicatrice apparut une tumeur qui dans les derniers temps avait le volume de la tête d'un enfant. Puis une autre tumeur apparut entre le foie et l'ombilic et grossit lentement. Une opération fut pratiquée le 7 novembre 1908. On enleva une tumeur siégeant sur l'épiploon, dont elle était entourée, et ayant de fines adhérences aux annexes droites. Près d'elle, 2 autres petites tumeurs grosses comme une noix. On réséqua une partie de l'épiploon et on les enleva ensemble. L'ovaire droit, converti en une tumeur du volume d'un œuf de pigeon fut enlevé. Sous le ligament large droit, mais non incluse, une masse grosse comme une noix. On ne toucha pas à de petits noyaux gros comme des grains de chènevis, situés sur le fond de l'utérus et dans le Douglas.

L'examen microscopique révéla des scolex dans les tumeurs enlevées. Le 17 janvier 1909 par la voie vaginale on enleva l'utérus et une petite tumeur, ainsi que trois noyaux situés dans le Douglas. Sur le fond de l'utérus 2 petites tumeurs constituées par des fibromyomes. La malade sortit guérie le 15 février 1909. Elle conserva seulement une sensibilité du foie.

Dans ce cas il ne vint pas à l'idée à la première opération que l'on eut affaire à un kyste hydatique, car on ne faisait pas attention au foie. Mais si l'on songe qu'avant sa crise de péritonite la malade éprouvait des douleurs dans la région stomacale, que les douleurs étaient localisées aussi dans l'hypocondre, qu'elle conservait encore une sensibilité du côté du foie, il ne reste aucun doute que le point de départ de cette échinococcose péritonéale multiple était un kyste primitif du foie.

Nous pouvons rapprocher de cette observation le cas de Courtin (22), qui observa une récurrence sur une fistule consécutive à une pleurotomie pour kyste hydatique suppuré de la cavité thoracique, et celui de Lecène et Garnier (23) : un kyste suppuré et gazeux à point de départ sous le foie, dans le petit épiploon, donne issue à un litre de pus, à microbe anaérobie, contenant une vésicule hydatique grosse comme les deux poings ayant quelques vésicules filles.

Les hydatides peuvent aussi rester vivantes dans la bile et l'ouverture de canaux biliaires dans un kyste n'a pas forcément une action tœnicide. Dévé (24) cite le cas suivant : « Une femme souffrant depuis quelque temps de troubles digestifs, et présentant de l'ictère, voit en une nuit, son ventre gonfler considérablement ; des nausées et des vomissements apparaissent. A son entrée à l'hôpital, l'ascite, le foie mamelonné et douloureux, sont teints jaune paille, sa cachexie, font penser à un cancer nodulaire du foie avec péritonite cancéreuse. Une ponction donne difficilement 800 grammes de liquide vert foncé dont l'examen n'apporte aucune indication. Pas d'eosinophilie. La mort survint en quelques jours. A l'autopsie : 6 à 8 litres de liquide purée de pois avec grumeaux

fibrineux jaune verdâtre. Plusieurs kystes du foie formant 21 poches, communiquant entre elles, ayant un orifice de rupture dans la cavité péritonéale. De gros canaux biliaires s'ouvraient dans les poches; le cholédoque était obstrué; on trouva des hydatides vivantes dans la bile ».

Dans l'observation suivante de Morestin, nous pouvons constater une récurrence sévère malgré un épanchement biliaire important.

Observation VI

(de Morestin).

Eugénie L... entre à l'hôpital le 8 septembre 1903. Son état général est médiocre. Elle se plaint de diarrhées fréquentes, de crises douloureuses. Le ventre volumineux est uniformément distendu par une ascite. L'exploration du foie, de la rate, des annexes est négative. On pensa à une péritonite tuberculeuse susceptible d'un traitement chirurgical car l'ascite était libre, considérable, et il n'y avait pas d'empatement. Opération le 14 septembre : incision sous-ombilicale qui donne issue à plusieurs litres de bile ou d'un liquide extrêmement chargé de bile. Les anses intestinales et le péritoine pariétal étaient recouverts d'une couche et de petits dépôts de sels biliaires. On pensa à un kyste hydatique en rapport avec les voies biliaires. Mais toutes les investigations furent négatives. Le foie n'était pas volumineux. On referma. Les suites furent normales, sauf au 8^e jour où un accès de fièvre se déclara avec de vives douleurs dans l'hypocondre droit. La malade sortit de l'hôpital le vingtième jour. En l'interrogeant avec insistance on put lui faire préciser qu'un jour, au lavoir, alors qu'elle était en très bonne santé, elle fut prise de vives douleurs abdominales, de nausées, de vomissements. Un médecin diagnostiqua une péritonite. Elle dut rester au repos quelques jours. La malade revint au bout de deux ans à l'hôpital : Le Dr Beurnier trouva l'abdomen farci de kystes, et dut se borner à une opération incomplète. Elle rentra de nouveau dans le service du Dr Morestin le 15 janvier 1910, très amaigrie, ayant beaucoup de peine pour s'alimenter, gênée pour respirer.

Le 27 janvier on enlève et réduit un gros kyste à droite sous les fausses côtes, semblant dépendre du foie, adhérant fortement aux anses grêles, au colon, à la paroi abdominale. Un kyste xyphoïdien plus gros, était rempli d'hydatides en nombre effrayant et contenait un liquide louche teinté de bile.

Deux kystes situés sous le mésocolon transverse et l'estomac contenaient près d'un litre de liquide. Un kyste dans la région lombaire droite, un autre à gauche. Six kystes dans le grand épiploon, un groupe dans la fosse iliaque gauche, plusieurs appendus à l'intestin et incorporés à sa paroi. On fut obligé d'en laisser une quantité, ressemblant à des œufs de poissons. La malade se rétablit et quitta l'hôpital le 17 mars.

« Ce n'est évidemment qu'une accalmie. D'autres kystes se développeront. Si bien que, tôt ou tard, cette pauvre femme aura encore besoin de nouveaux soins et qu'elle est inévitablement condamnée à subir périodiquement la laparotomie. Or tous ses ennuis, toutes ses misères et ses souffrances, sont dus à la rupture d'un premier kyste en connexion avec les voies biliaires, dont la bile n'avait pas détruit les hydatides ou les scolex, et qui aensemencé avec une prodigieuse abondance la cavité abdominale jusque dans ses derniers recoins ».

Cette observation peut nous amener à penser que si la bile ne détruit pas le contenu d'un kyste, elle peut même ne pas en diminuer la vitalité, et laisser se développer dans toute son ampleur, une dissémination qui pourra amener dans un temps plus ou moins éloigné la mort du malade.

III. — DISSÉMINATION PAR RUPTURE SPONTANÉE OU TRAUMATIQUE

Depuis son opération en 1901 jusqu'au mois de novembre 1921, le malade dont nous avons rapporté l'observation jouissait d'un parfait état de santé. Il fit alors en travaillant un

grand effort, éprouva une vive douleur abdominale, suivie de douleurs sourdes qui l'obligèrent à se reposer huit jours chez lui. Puis n'éprouvant plus aucun malaise, il reprit son travail. Mais apparaissent alors deux tumeurs sous l'ancienne cicatrice de sa première opération, et son ventre commence à grossir. Il nous semble qu'il y a dans ces faits la signature de la rupture d'un ou plusieurs kystes, n'ayant pas encore attiré l'attention du malade, provenant d'une récurrence soit par ponction, soit opératoire, du kyste primitif. Ces kystes se rompent sous l'effort que fait le malade et ensemencent à leur tour la cavité péritonéale. Les exemples de rupture traumatique amenant une échinococcose secondaire sont multiples. Souvent c'est le traumatisme qui révèle un kyste jusque-là inaperçu et indolent. Nous en avons un exemple dans l'observation suivante :

Observation VII

(de Cranwell.)

Un pasteur argentin, âgé de 50 ans, tombe de cheval en 1904, et reçoit un coup dans la région épigastrique. Des vomissements, des douleurs dans l'hypocondre droit apparaissent. Après avoir cessé, elles reviennent très violentes au bout d'un an. Le malade maigrit, a du dégoût pour les viandes; son ventre gonfle. Il entre à Buenos Ayres à l'hôpital des Cliniques le 3 avril 1906. L'hypocondre droit est voussuré, le foie augmenté de volume. A l'épigastre on sent une tumeur grosse comme une noix. Le 8 avril, le malade a une teinte ictérique prononcée. Le 13, collapsus subit, vomissements, sueurs profuses, faciès péritonéal, pouls à 160, abdomen gonflé et douloureux. On pratique la laparotomie d'urgence; la cavité péritonéale et le foie sont remplis de kystes et d'un liquide sanguinolent. On établit un drainage. La mort survint le 16 avril. A l'autopsie : péritonite purulente.

On trouve une grande quantité de kystes dans l'épiploon et entre les intestins. Le foie est farci de kystes, soudé au diaphragme. Le lobe droit est occupé par de grands kystes, l'un plein de caillots sanguins

et de vésiculés, l'autre rempli de pus; tous les deux sont ouverts. L'espace sous-diaphragmatique est rempli de kystes qui ont creusé des nids dans le foie, atrophiant sur certains points le diaphragme. Cette échinococcose avait été occasionnée par la rupture d'un kyste hydatique du foie deux ans auparavant lors du traumatisme à l'épigastre.

Si la tumeur est connue du malade, souvent son indolence l'empêche de s'en préoccuper. Ceci se produit surtout chez les campagnards, qui sont cependant plus exposés que tout autre à la contamination hydatique. La malade de Kablukoff ne se préoccupait pas de sa tumeur.

Observation VIII

(de Kablukoff).

Une malade de 33 ans, avait remarqué depuis 9 ans qu'elle avait une tumeur abdominale droite. Il y a 4 ans à la suite d'un coup sur l'abdomen, la tumeur disparut, et une demi-heure après de violentes douleurs se déclarèrent. Le ventre grossit. Transportée à l'hôpital, on lui fait en 14 jours, deux ponctions qui donnent un liquide teinté de sang. 4 mois après, la malade expulse en allant à selle un liquide purulent et sanguinolent. Des tumeurs abdominales se montrent peu à peu. On pratique une laparotomie. On trouve un kyste du lobe gauche du foie, deux autres kystes, dont un occupant la fosse iliaque droite, kystes du grand épiploon. On enlève par le vagin un kyste du paramètre droit. La malade guérit.

Il ne faut nécessairement un traumatisme violent pour amener la rupture d'un kyste. Notre malade ne fit qu'un effort, considérable, il est vrai. Mais une simple contraction musculaire peut suffire. Certains kystes ont des parois très minces. Cranwell (25) rapporte le fait suivant. : « J'allais opérer une femme avec un énorme kyste du foie faisant une grosse saillie à l'extérieur. Je pris une compresse d'éther pour frotter la

peau. La malade qui n'était pas encore bien endormie, sentant l'éther sur sa peau, contracta les muscles de la région abdominale. La saillie du kyste disparut brusquement. Je pratiquais immédiatement la laparotomie; le kyste, à parois très minces, présentait une déchirure de 5 centimètres de long. Le ventre était plein de liquide et ensemencé de scolex.

Il semble même que spontanément certains kystes peuvent se rompre : la malade de Morestin (obs. 6) est prise d'une douleur subite au lavoir; la malade de Weber (obs. 5) éprouve une forte crise douloureuse; celle de Dévé voit son ventre grossir en une nuit. Dans l'observation suivante, nous avons encore un exemple de douleur soudaine et inopinée.

Observation IX

(de Cavaillon).

Une femme de 32 ans, ressent un mois avant son entrée à l'hôpital une brusque douleur violente, accompagnée de ballonnement du ventre, d'arrêt des matières, d'élévation de la température. Ces phénomènes s'amendent au bout de 8 jours. Cependant persistent des douleurs sourdes dans l'abdomen; la malade a maigri de 8 kilos. On perçoit des tumeurs dans les deux fosses iliaques et le foie. Jaboulay opère le 10 décembre 1904 : le grand épiploon farci de kystes est réséqué. On enlève une dizaine de kystes qui font le tour de l'utérus. Dans une deuxième opération le 5 janvier on marsupialise un kyste sous-péritonéal de la région sous-hépatique, du volume d'une tête de fœtus.

Nous pouvons encore citer l'observation de Villemin.

Observation X

(de Villemin).

J'ai observé un cas de multiplicité de kystes hydatiques péritonéaux que j'ai pu suivre 16 ans. Le début s'était fait par des douleurs vives dans la région du cardia. 10 ans après, lors de ma première inter-

vention, j'ai trouvé 300 à 400 kystes remplissant l'abdomen, de volume et de coloration variable. Les uns noir verdâtre, d'autres jaune clair, d'autres transparents. Réunis ils occupaient un volume de 7 à 8 litres. 3 ans après la malade faillit succomber à des accidents comateux avec anurie relative et albuminurie abondante. Je dus intervenir à nouveau devant le développement abondant de l'abdomen. Toute la surface intestinale, le mésentère, les replis péritonéaux étaient couverts de milliers de petits kystes simulant le semis de granulations tuberculeuses dans la péritonite tuberculeuse. 2 ans après il fallut faire encore un peu de place dans cet abdomen distendu, et certains kystes furent enlevés ou marsupialisés. Mais 8 jours après la malade succomba à des accidents d'insuffisance rénale et hépatique.

Chez notre malade, ainsi que dans les observations que nous rapportons, nous pouvons constater que la rupture du kyste est suivie de phénomènes qui en sont pour ainsi dire la signature. On a signalé quelques cas mortels, avec fièvre élevée d'emblée, agitation, trismus, contractures, dyspnée, collapsus progressif. Le plus souvent les symptômes, moins graves, disparaissent en quelques jours ; les phénomènes abdominaux prédominent : météorisme, vomissements, hoquet, tendance syncopale, dyspnée, refroidissement des extrémités, tachycardie. Ces symptômes peuvent être encore plus bénins, disparaître en deux, trois jours, se borner à de la toux, de la cyanose passagère, des douleurs, de l'agitation, à un accès de fièvre, à de l'urticaire enfin, le symptôme qui avec les douleurs est le plus souvent observé, à l'exclusion quelquefois de tous les autres, comme on peut s'en rendre compte dans l'observation de de Quervain.

Observation XI

(de Quervain).

Un malade ayant une tumeur de la région hépatique, éprouva après un mouvement inconsideré de fortes douleurs, et eut une poussée d'urticaire. Ces phénomènes disparurent bientôt. Quelque temps après

une nuit, la tumeur disparut brusquement, se vidant dans la cavité abdominale. Les symptômes d'intoxication et de crise péritonéale firent complètement défaut. On diagnostiqua une rupture de kyste hydatique, et l'opération fut décidée.

A l'ouverture de l'abdomen, s'écoula un flot de liquide trouble et coloré par la bile. Le péritoine pariétal, l'épiploon, les anses intestinales étaient recouvertes d'un semis de granulations de la grosseur d'un grain de chènevis. L'aspect était celui d'une péritonite tuberculeuse, et seul l'examen de la face inférieure du foie permettait d'établir le diagnostic de rupture d'un gros kyste hydatique. Au microscope ces noyaux avaient la forme caractéristique d'un tubercule : cellules géantes, cellules épithélioïdes, et petites cellules rondes, groupées selon le type du tubercule. Les plus grosses des petites granulations présentaient au centre de petits morceaux de chitine.

Il existe aussi des kystes dont la rupture ne s'accompagne d'aucun phénomène subjectif ou objectif. C'est dans cette catégorie que nous pouvons placer l'observation suivante de Pinatelle et Rivière.

Observation XII

(de Pinatelle et Rivière).

Une femme entre dans le service du P^r Jaboulay le 4 novembre 1903 pour difficulté et douleurs à la miction, léger subictère, tumeur abdominale. Pas de constipation. Les digestions sont moins bonnes. Le foie est très gros. La malade n'a j'mais eu d'urticaire. Le petit bassin est occupé par une tumeur non mobile; on ne sent pas le col de l'utérus. La maladie a débuté il y a 30 ans par un point de côté dans la région hépatique, et des douleurs dans l'épaule droite. Il y a 20 ans, la malade devint plus grosse. Il y a 10 ans un médecin lui a dit qu'elle a une tumeur dans le ventre. Au cours de l'opération on trouve un gros kyste du lobe droit du foie rempli de vésicules filles, un kyste abdominal, un kyste pelvien que l'on évacua par la voie vaginale.

Guérison.

Dans une autre observation, la première manifestation survint à la suite d'une grossesse.

Observation XIII

(Pinatelle et Rivière).

Une femme de 25 ans entre dans le service du Professeur Poncet à Lyon le 13 novembre 1903. A 21 ans, après une couche, apparaît une tumeur non douloureuse à la partie supérieure gauche de l'abdomen. Elle reste stationnaire 3 ans. En janvier 1903 après une deuxième couche elle grossit beaucoup. En même temps la malade commence à maigrir. On perçoit une tumeur à gauche occupant toute la fosse lombaire, s'étendant sous les côtes, et deux autres tumeurs mobiles, une dans la fosse iliaque gauche, l'autre dans le cul-de-sac vaginal gauche. A l'opération on trouve deux kystes sur le grand épiploon, l'inférieur adhérent à la paroi hypogastrique et au bord du détroit inférieur. La tumeur supérieure est formée par un kyste de la rate, dont la partie saine le coiffe comme d'un casque. Elle est bourrée de kystes.

Cette observation offre la particularité que le kyste primitif est non plus un kyste du foie, mais un kyste de la rate.

Nous voyons que la rupture d'un kyste peut n'être suivie d'aucun symptôme. D'autre part il ne faudrait pas la mettre en doute, si après des symptômes nets, l'opération ne permettait pas d'en trouver de traces. De Quervain (26) examinant une tumeur volumineuse, 15 jours après une première rupture et qui s'était rompue de nouveau quelques heures avant la laparotomie, ne put trouver le siège de la rupture.

Evolution

D'après les observations que nous venons d'examiner, nous pouvons diviser l'évolution de l'ensemencement hydatique en quatre périodes.

La période initiale, celle de la rupture, est marquée par différents symptômes que nous avons examinés. Ils manquent rarement, au moins en ce qui concerne deux d'entre eux, les douleurs plus ou moins violentes et l'urticaire.

A celle-ci succède une période de durée variée, la période de germination. Elle est de plus de vingt ans chez notre malade. Elle peut être remplacée par une période d'involution spontanée par infiltration de cholestérine et d'éléments calcaires (27). Puis c'est la période d'apparition : des tumeurs se manifestent causant des troubles fonctionnels.

Et bientôt, nous entrons dans la quatrième période, celle des complications.

Diagnostic

Lorsque nous nous trouvons en présence d'un malade atteint d'échinococcose secondaire péritonéale, pouvons-nous nous baser sur des signes, qui, positifs, confirmeront notre diagnostic, et éviteront des erreurs regrettables, une ponction exploratrice par exemple?

Après avoir fouillé les antécédents du malade, nous recherchons d'abord un signe clinique, le frémissement hydatique. Mais il est très inconstant. D'autre part, il est facteur de trois conditions physiques : la souplesse des parois kystiques, la qualité fluide du liquide, et sa tension. Ces conditions peuvent se rencontrer dans des kystes qui ne sont pas hydatiques : Segoud et Forgue l'ont trouvé dans des kystes du ligament large.

La radiographie pourra alors nous apporter des précisions. Mais ici aussi, les résultats sont inconstants. Dans l'observation de Flandin, nous voyons que l'examen fut négatif. L'examen radiographique doit cependant toujours être pratiqué. Mais il faut aussi avoir recours à deux épreuves de laboratoire : la réaction de fixation du complément, et la recherche de l'eosinophilie. Dans notre observation 3, la réaction de Weinberg est positive ainsi que la recherche de l'eosinophilie. Mais il ne faut pas oublier que cette dernière n'est pas spécifique, et que de plus, elle peut manquer, comme dans le cas cité par Dévé.

Nous ne devons pas, nous basant sur un seul signe clinique, ou nous appuyant sur une seule recherche de laboratoire, affirmer le diagnostic d'échinococcose. En outre, la symptoma-

tologie des kystes secondaires de la cavité péritonéale est complexe, empruntant beaucoup aux affections abdominales les plus diverses. Même les symptômes habituels de la rupture peuvent être, pris en eux-mêmes, ceux de la torsion du pédicule d'un kyste par exemple. Quelles seront donc les affections que nous devons différencier dans un cas d'échinococcose secondaire abdominale?

D'abord nous devons éliminer les tumeurs bénignes, dont une, rare, a été décrite par Pean ; c'est la maladie kystique du péritoine, du mésentère, de l'épiploon. Le diagnostic en est bien délicat, et seul le microscope pourra nous fixer sur l'absence ou la présence de scolex, et trancher le diagnostic. D'autres tumeurs bénignes, les myxomes du bassin, seront reconnues à leur point d'implantation, leur immobilité, tandis que le kyste hydatique reste mobile au toucher. L'ascite est très fréquente dans les myxomes.

Nous devons penser aux tumeurs malignes. Pour les éliminer nous devons nous baser sur les antécédents, l'âge du malade, et surtout sur l'évolution de la tumeur, la présence ou l'absence de ganglions, l'état général. Les signes cliniques à eux seuls ne peuvent suffire ; nous en avons un exemple dans l'observation de Flandin. Ce sont dans ces cas que la radiographie, les épreuves de laboratoire deviennent précieuses. Surtout si l'on se trouve en présence d'une ascite qui peut faire penser à une péritonite cancéreuse. La malade de Dévé avait un abdomen distendu par une ascite considérable ; son foie mamelonné, nodulaire, ressemblait à un foie néoplasique ; sa cachexie était profonde, son teint jaune paille, ictérique ; sa formule sanguine était normale. Tous ces désordres étaient causés non par un cancer mais par des kystes multiples du foie qui désorganisaient cet organe par leur nombre.

Dévé déclare dans cette observation, qu'une ponction donna un liquide vert foncé, dont l'examen n'apporta aucune précision. Nous sommes ici en présence du diagnostic du cholépéritoine hydatique. Pour Dévé, toute ascite indolente, spontanée, rapide, généralisée, sans ictère, ni fièvre, avec symptômes

péritonéaux passagers au début, dont la ponction donne issue à un liquide vert franc limpide ou vert jaunâtre trouble, est un cholépéritoine hydatique, même si les antécédents et les examens de laboratoire sont négatifs. En exceptant les plaies pénétrantes de l'abdomen, on doit faire le diagnostic différentiel d'avec les traumatismes sans plaie. Mais dans ce cas, les symptômes péritonéaux sont graves, et persistent en même temps que l'épanchement augmente. La rupture brusque d'une cholecystite calculuse ou non donne bien un liquide bilieux à la ponction, mais les symptômes sont ceux d'une péritonite par perforation. Si elle est suivie d'une péritonite enkystée biliaire, la collection est limitée à la moitié droite de l'abdomen, les symptômes péritoneaux sont graves, la fièvre se déclare.

Ces symptômes sont ceux que l'on rencontre dans toute péritonite enkystée et ils nous permettront facilement de la différencier d'un kyste hydatique, même suppuré, dont les symptômes sont moins subits; et nous ne pourrions trouver les antécédents et le point de départ appendiculaire ou gastrique le plus souvent, de la péritonite enkystée.

La rupture d'un kyste hydatique peut amener une péritonite généralisée. Dans l'observation 5, de Weber, c'est le diagnostic posé; et même après l'opération, on crut avoir opéré une péritonite de tout autre cause que celle-ci. Ce n'est que devant les premières manifestations de la dissémination hydatique, que l'on rapporta à leur véritable point de départ les symptômes péritoneaux, et que l'on songea aux douleurs que la malade autrefois avait présentées dans l'hypocondre.

Souvent la rupture d'un kyste suivie d'ascite posera le problème difficile de la différenciation avec la péritonite tuberculeuse. Non seulement l'aspect clinique, mais même pendant l'opération l'aspect macroscopique, est le même. De Quervain (obs. X) nous dit que seul l'examen de la face inférieure du foie permet d'établir le diagnostic de rupture d'un gros kyste hydatique. Dans l'observation XI, Villemin déclare que l'aspect microscopique est identique : mêmes cellules et mêmes

groupements de cellules, seuls au milieu des tubercules des fragments hydatiques. C'est la forme que Dédé, Le Nouene (27) ont étudiée sous le nom de pseudo-tuberculose hydatique. La péritonite tuberculeuse peut être cloisonnée et former une poche mate que l'on pourrait prendre pour un kyste. Mais dans ce cas, le doigt perçoit plus facilement le liquide, il n'éprouve pas la sensation de parois propres, les limites ne sont pas nettes. Enfin, les mouvements de latéralité sont presque impossibles. Pour établir le diagnostic d'avec un kyste, Forgeue propose le moyen suivant : « Faire asseoir le sujet ; s'il s'agit d'une ascite bacillaire entre les deux bords des droits, s'accuse une saillie oblongue, due à la poussée du liquide sur le péritoine médian. La poche du kyste ne permet pas cette poussée ».

On confondra difficilement avec un kyste hydatique, un rein flottant, avec son cortège de troubles nerveux et dyspeptiques, ses irradiations douloureuses dans le bas-ventre et le scrotum, ses crises d'anurie. Mais il n'en sera plus de même pour une hypdronéphrose. Au début la tumeur est arrondie, lisse, rénitente elle aussi ; elle offre, il est vrai, le ballottement renal et la sonorité antérieure du colon. Mais plus tard, elle devient abdominale ; elle est en général indolore, l'état du malade est bon. On pourrait être tenté de ponctionner. Le diviseur des urines nous permettra d'affirmer un diagnostic en nous indiquant le degré de perméabilité des uretères.

Dans un cas de kyste hydatique suppuré du bassin, nous pouvons hésiter avec une pelvi-péritonite enkystée, provenant d'une salpingite. Mais nous avons alors les antécédents caractéristiques de la salpingo-ovarite. Un fibrome utérin peut faire hésiter avec un kyste. Mais celui-ci ne transmet pas ses mouvements au col ; la malade ne présente ni métroragies, ni ménoragies. Cependant, les deux tumeurs peuvent coexister comme nous le voyons dans l'observation de Weber.

Les deux fibro-myomes du fond de l'utérus aurait sans doute plus tard fait penser à deux kystes.

Le kyste multiloculaire de l'ovaire offre les mêmes signes cliniques et la même évolution que le kyste hydatique ; il est

indolent, rénitent, bien toléré au début ; plus tard le malade présente ce que Spencer Wells a appelé le faciès ovarien. Mais le kyste hydatique, lorsqu'il augmente de volume, cause de graves désordres, et le Dr Carrasco a observé, il y a 20 ans, chez notre malade ce qu'il appelle le « faciès de kyste abdominal ». Le diagnostic est très difficile. En mettant la malade en position de Trendelenburg, on pourra différencier des kystes de l'ovaire, les kystes hydatiques venus d'en haut, du foie, de la rate, du rein, ou suivant les mouvements de la masse intestinale. Pour le diagnostic des kystes de l'épiploon, nous rechercherons, d'après Witzel (28), si la tumeur est facilement mobilisable vers le haut, et difficilement et douloureusement vers le bas.

Pronostic

Dans les observations que nous venons d'examiner, nous pouvons remarquer plusieurs caractères qui dominent le pronostic de l'échinococcose péritonéale secondaire. Ce sont aussi ceux que l'on rencontre dans les tumeurs malignes; la dissémination, la variété de la localisation, l'éruption sur de grandes étendues, quelquefois de la séreuse péritonéale. Et aussi l'incertitude de la guérison; on ne peut jamais affirmer qu'une guérison est radicale; ce sont des guérisons opératoires. Devons-nous alors nous associer au sombre pronostic que prononce Morestin à la fin de l'étude clinique de sa malade, ou au contraire, nous rallier à celui moins pessimiste de Duvé, à la fin de sa thèse inaugurale, en 1901? Il distingue d'abord l'échinococcose secondaire discrète et l'échinococcose généralisée. La première est surtout grave lorsqu'elle siège dans le bassin, où rapidement des phénomènes de compression, et toutes leurs conséquences, se produisent du côté de la vessie, des uretères, du rectum. Chez la femme, c'est une dystocie possible au moment de l'accouchement. Sans méconnaître le caractère de gravité de l'échinococcose généralisée à tout le péritoine, il s'élève contre l'affirmation de Vegas et Cranwell de Buenos-Ayres, qui écrivaient en 1901, en parlant de l'hydatis péritonéal : « Cette forme est en dehors des ressources de notre art et les malades sont condamnés à mourir dans un délai plus ou moins bref ». Il jugeait cette opinion trop pessimiste, et que quelquefois cette forme pouvait même guérir, au moins partiellement, par involution spontanée. En tout cas

la survie pouvait être longue. Dans tous ces cas le danger pour lui est surtout au bassin.

Cranvell à la séance du 6 janvier 1909 de la Société de Chirurgie de Paris, après avoir rappelé que beaucoup de malades succombent à la cachexie hydatique, et combien les interventions demeurent incomplètes, donne la statistique suivante :

Opérations dans les kystes multiples de l'abdomen :

mortalité	38.46 %
guérisons	34.6 %
douteux	26.9 %

Les guérisons sont des guérisons opératoires et non définitives.

Nous voyons donc que le pronostic est sérieux. Toute échinococcose péritonéale secondaire doit faire porter un pronostic réservé. L'opération elle-même, la situation des kystes, la plus ou moins grande étendue des greffes, sont des facteurs très importants de ce pronostic. Mais il est dominé par le fait qu'on ne peut affirmer qu'une opération est curatrice, que c'est la dernière.

Quel est le pronostic que nous pouvons porter sur notre malade? Au cours de la laparotomie tous les kystes visibles ont été formolés, c'est-à-dire rendus stériles. D'autre part l'opération a été conduite méthodiquement et minutieuse; tout ensemencement par le liquide hydatique a été évité par des champs épais de compresses. Dans ces conditions, tout en posant la restriction nécessaire concernant un kyste inaperçu au cours de l'intervention, et malgré l'étendue des greffes, nous pouvons penser que cet homme pourra continuer sa vie normale, sans gêne ni danger immédiat. Il travaille d'ailleurs actuellement, n'éprouve aucun inconvénient de son opération; aucune récurrence n'est décelable dans ces quatre derniers mois.

Traitement et Prophylaxie

En présence de kystes multiples disséminés dans l'abdomen nous croyons qu'il faut, après préparation du malade, recourir à une large laparotomie médiane. Pour les grosses masses kystiques, l'incision et l'évacuation du contenu doit être faite, après une injection parasiticide, sur un champ épais de compresses pour éviter la résorption du liquide hydatique. Puis on suture la poche sans drainage.

Comme il est dans ces cas impossible de traiter tous les kystes, il nous paraît utile de stériliser le plus grand nombre d'entre eux au cours de la laparotomie, par des injections tœnicides faites avec une seringue de Pravaz, chargée de solution formolée.

C'est le procédé qu'a employé avec succès notre maître, Monsieur le Professeur Guyot dans l'observation que nous rapportons dans ce travail

D'autre part au point de vue prophylactique, nous pensons qu'il faut établir un diagnostic précoce du kyste primitif, et l'opérer alors aussitôt, malgré son indolence, sa tolérance parfois très grande. Attendre que son volume impose l'opération, c'est risquer, en plus des complications et d'une opération devenue plus grave, la rupture possible pour une cause parfois minime, avec ses conséquences qui peuvent dépasser toutes les ressources et l'habileté du chirurgien.

CONCLUSIONS

I. Le pronostic de l'échinococcose péritonéale secondaire est grave par l'incertitude des guérisons opératoires, l'étendue souvent très grande des greffes, la situation des kystes et les troubles que leur développement entraîne.

II. Toute ponction exploratrice ou thérapeutique simple doit être rigoureusement écartée.

III. L'échinococcose péritonéale secondaire postopératoire sera évitée par l'injection systématique d'une solution tœnicide avant toute ouverture de kyste, même s'il s'agit d'un kyste suppuré comme chez notre malade.

IV. Le diagnostic et le traitement précoce des kystes primitifs avant leur rupture, évitera l'ensemencement du péritoine par l'échinocoque.

V. En présence du développement de nombreux kystes hydatiques dans le péritoine, l'intervention s'impose pour éviter la cachexie qui peut être la conséquence des troubles

apportés dans le fonctionnement des viscères abdominaux. L'opération dans ces cas est toujours sérieuse, elle est souvent longue, elle risque d'être incomplète. Les gros kystes doivent être traités par l'incision après injection préalable parasiticide. Lorsque le kyste ne peut être enlevé (kystes du mésentère, du mésocolon) il faut évacuer le contenu et refermer la poche sans drainage. Les petits kystes seront traités par l'injection ténicide seule.

Vu :

Le Doyen,
D^r C. SIGALAS

Vu : bon à imprimer

Le Président,
D^r GUYOT

Vu et permis d'imprimer
Bordeaux, le 20 Novembre 1922.

P. le Recteur de l'Académie,
Le Doyen délégué,
D^r C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

1. **Hunter.** — *Transactions of med. and chir.*, 1793, I. p. 34.
2. **Charcot.** — *Comptes rendus et mem. de la Soc. de biologie*, 1852, p. 101.
3. **Charcot et Davaine.** — *Comptes rendus et mém. de la Soc. de biologie*, 1857, p. 103.
4. **Bright.** — *Clinical mémoires on abdominal tumours and intumescence*, London, 1861, p. 55.
5. **Flusen.** — *Archives gén. de médecine*, 1869, janv. et fév.
6. **Rendu.** — *Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1878.
7. **Havage.** — *Bull. et mém. Soc. anat. de Paris*, 1879.
8. **Féréol.** — *Union médicale*, 1880.
9. **Masseron.** — *Thèse de Paris*, 1882.
10. **Koenig.** — *Thèse de Gœttingue*, 1890.
11. **Krause.** — *Berlin. klin. Wochenschrift*, 1889.
12. **Lebedeff et Andreef.** — *Wrotch*, 1889.
13. **Alexinsky.** — *Arch. für klin. Chirurgie*, 1898, p. 796.
14. **Potherat.** — *Bull. et mém. de la Société de Chir. de Paris*, 14 mars 1900.
15. **Ferval.** — *Thèse de Paris*, 1900.
16. **Dévé.** — *Thèse de Paris* 1901 : de l'échinococcose secondaire. *Comptes rendus et mémoires de la Société de biologie de Paris*, 2 févr. 16 mars 1901, 25 janv. 1902.
17. *Archives de parasitologie*, 1902, VI, p. 54.
18. **Sabrazès, Muratet, Husnot.** — *Communication à l'académie des Sciences*, 1906.
19. **Devé.** — *Presse médicale*, 8 août 1918.

20. **Parlavecchio.** — *Deutsche Zeitschrift für chir.* tome 101, 1909.
 21. **Devé.** — *Revue de Chirurgie*, 10 octobre 1902.
 22. **Courtin.** — *Journal de médecine de Bordeaux*, 1893, p. 285.
 23. **Garnier et Lecène.** — *Bull. et mém. de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 31 mai 1907.
 24. **Dévé.** — *La Normandie médicale*, 1^{er} avril 1905.
 25. **Cranwell.** — *Bull. et mém. de la Société de Chirurgie de Paris*, 6 janvier 1909.
 26. **De Quervain.** — *Centralblatt für chirurgie*, 9 janvier 1897.
 27. **Le Nouene.** — *Thèse de Paris*, 1912.
 28. **Witzel.** — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome XXI, 1884.
-

Observations

- II. **Kablukoff.** — *Archiv. für klinische Chirurgie*, 1906, tome 78.
- III. **Flandin (Ch.).** — *The lancet*, 8 nov. 1919.
- IV. **Vincent.** — *Lyon médical*, 20 mars 1904.
- V. **Weber.** — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, tome 104, p. 40 .
- VI. **Morestin.** — *Bull. et mém. de la Société de Chirurgie de Paris*,
Séance du 16 mars 1910.
- VII. **Cranwell.** — *Bull. et mém. de la Société de Chirurgie de Paris*.
Séance du 6 janvier 1909.
- VIII. **Kablukoff.** — *Archiv. für klinische chirurgie*, 1906, tome 78.
- IX. **Cavaillon.** — *Lyon Médical*, 12 février 1905.
- X. **Villemin.** — *Bull. et mém. de la Société de Chirurgie de Paris*.
Séance du 6 janvier 1909.
- XI. **De Quervain.** — Cité par Weber. — *Deutsche Zeitschrift
für chirurgie*, tome 104.
- XII. **Pinatelle et Rivière.** — *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1904.
Mardi 5 et jeudi 7 avril.
- XIII. **Pinatelle et Rivière.** — *Gazette des hôpitaux de Paris*, 1904.
Mardi 5 et jeudi 7 avril.
-

